各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村介護保険担当課（室）
各 介 護 保 険 関 係 団 体　御 中

← 厚生労働省　老健局　総務課　認知症施策推進室・
介護保険計画課・高齢者支援課・振興課・老人保健課

介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容
「元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」及び「元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示」の公布について
計 35 枚（本紙を除く）

Vol.７２６

令和元年５月７日

厚 生 労 働 省 老 健 局

総務課認知症施策推進室・介護保険計画課・
高齢者支援課・振興課・老人保健課

貴関係諸団体に速やかに送信いただきますようよろしくお願いいたします。

連絡先　TEL：03-5253-1111(内線 3975、2164、3971、3979、3948)
FAX：03-3503-2740

老発 0507 第１号
令和元年５月７日

各 都道府県知事
指定都市市長
中核市市長 殿

厚生労働省老健局長
（公印省略）

「元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」
及び「元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する
告示」の公布について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令（令和元年厚生労働省令第１号。以下「改正省令」という。）及び元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示（令和元年厚生労働省告示第２号。以下「改正告示」という。）については、本日公布され、同日施行されました。

このうち、当局所管の省令等の改正の概要等は下記の通りですので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

記

第一　当局所管の省令及び告示の改正の概要

改元に伴い、次に掲げる厚生省令、厚生労働省令及び厚生労働省告示により定められた様式中の「平成」の語句を「令和」に改める等必要な改正を行ったものであること。

（１）介護保険法施行規則（改正省令第７条第 24 号関係）
（２）健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則（改正省令第７条第 25 号関係）
（３）老人福祉法施行規則（改正省令第８条第 10 号関係）

（４）福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則（改正省令第 67 条関係）
（５）介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等に関する費用等の請求に関する省令（改正省令第 74 条関係）
（６）健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令（改正省令第 75 条関係）
（７）介護保険法施行規則第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（改正告示第１条第５号関係）

第二　改正省令及び改正告示の附則の概要

１　改正省令又は改正告示による改正前のそれぞれの省令又は告示で定める様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、改正省令又は改正告示による改正後のそれぞれの省令又は告示で定める様式によるものとみなすこととしたこと。（附則第２条第１項関係）

２　旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができることとしたこと。（附則第２条第２項関係）

第三　当局関係通知により定められた様式の取扱い

今回の省令及び告示改正に合わせ、当職始め当局から発せられた通知等により定められた様式についても改正省令及び改正告示による様式の改正等に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱うものとすること。

なお、様式変更の主な方法は次の通りであること。

（１）　交付、申請、許可等の年月日の記載欄

例：　「平成　年　月　日」→「令和　年　月　日」

（２）　生年月日、初診日等過去の日時を特定するもの

例：　「平成　年　月　日」→「令和　年　月　日」

「平　．　．　」→「令　．　．　」

「／明治／大正／昭和／平成／」→「／明治／大正／昭和／平成／令和／」

「／明／大／昭／平／」→「／明／大／昭／平／令／」

以上

○厚生労働省令第一号

健康保険法（大正十一年法律第七十号）及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令を次のように定める。

令和元年五月七日　厚生労働大臣　根本　匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令

（健康保険法施行規則の一部改正）

第一条　健康保険法施行規則（大正十五年内務省令第三十六号）の一部を次のように改正する。

様式第一号（表面）及び様式第二号（表面）中「令和」を「令和」に改める。

第十三号様式中「平成」を「令和」に改める。
第十三号の三様式中「平成」を「令和」に改める。
第十三号の四様式から第十三号の七様式まで中「平成」を「令和」に改める。
第十四号様式から第十六号様式まで中「平成」を「令和」に改める。

（食品衛生法施行規則等の一部改正）

第七条　次に掲げる省令の規定中「平成」を「令和」に改める。

一　食品衛生法施行規則（昭和二十三年厚生省令第二十三号）様式第十五号
二　社会保険診療報酬支払基金法施行規則（昭和二十三年厚生省令第三十四号）　別記様式（裏面）
三　社会福祉法施行規則（昭和二十六年厚生省令第二十八号）　別記様式（裏面）
四　覚せい剤取締法施行規則（昭和二十六年厚生省令第三十号）別記第十号様式の二、別記第十号様式の三及び別記第十一号様式の二
五　死産届書、死産証書及び死胎検案書に関する省令（昭和二十七年厚生省令第十二号）別記様式
六　戦傷病者戦没者遺族等援護法施行規則（昭和二十七年厚生省令第十六号）様式第一号から様式第二号まで、様式第十五号から様式第十九号まで及び様式第二十二号から様式第二十四号まで
七　母体保護法施行規則（昭和二十七年厚生省令第三十二号）別記様式第十二号㈠から別記様式第十三号㈡まで
八　引揚者給付金等支給法施行規則（昭和三十二年厚生省令第二十五号）様式第一号及び様式第三号から様式第七号まで
九　生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律施行規則（昭和三十二年厚生省令第三十七号）様式第一及び様式第二
十　水道法施行規則（昭和三十二年厚生省令第四十五号）様式第十二から様式第十二の三まで
十一　毎月勤労統計調査規則（昭和三十二年労働省令第十五号）様式第一号から様式第五号まで
十二　国民健康保険法施行規則（昭和三十三年厚生省令第五十三号）様式第三（裏面）、様式第三の二（裏面）、様式第四（裏面）、様式第六（裏面）、様式第八（裏面）及び様式第九（裏面）
十三　老齢福祉年金支給規則（昭和三十四年厚生省令第十七号）様式第二号から様式第六号まで
十四　最低賃金法施行規則（昭和三十四年労働省令第十六号）様式第一号から様式第五号まで
十五　社会福祉施設職員等退職手当共済法施行規則（昭和三十六年厚生省令第三十六号）別記様式（表面）
十六　母子及び父子並びに寡婦福祉法施行規則（昭和三十九年厚生省令第三十二号）別記様式
十七　賃金構造基本統計調査規則（昭和三十九年労働省令第一号及び様式第二号）
十八　戦傷病者戦没者遺族等援護法等の一部を改正する法律附則第八条第二項の規定による届出に関する省令（昭和四十六年厚生省令第二十号）別記様式
十九　ボイラー及び圧力容器安全規則（昭和四十七年労働省令第三十三号）様式第十六号及び様式第十七号
二十　産業安全専門官及び労働衛生専門官規程（昭和四十七年労働省令第四十六号）別記様式（第一面）
二十一　有害物質を含有する家庭用品の規制に関する法律施行規則（昭和四十九年厚生省令第三十四号）様式第一及び様式第二
二十二　建設労働者の雇用の改善等に関する法律施行規則（昭和五十一年労働省令第二十九号）様式第一号、様式第二号、様式第九号及び様式第十号
二十三　環境衛生監視員証を定める省令（昭和五十二年厚生省令第一号）別記様式
二十四　介護保険法施行規則（平成十一年厚生省令第三十六号）様式第一号（表面）、様式第一号の二（表面）、様式第一号の二の二（表面）、様式第一号の三（表面）、様式第二号（裏面）、様式第三号（裏面）、様式第三号の一（裏面）、様式第三号の三（裏面）、様式第三号の四（裏面）、様式第四号（裏面）、様式第五号（裏面）、様式第五号の二（裏面）、様式第五号の三（裏面）、様式第六号（裏面）、様式第七号（裏面）及び様式第八号（裏面）
二十五　健康保険法等の一部を改正する法律（平成十八年法律第八十三号）附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則様式第一号の二（表面）
二十六　厚生年金保険法施行規則等の一部を改正する省令（平成十四年厚生労働省令第二十五号）別記様式第一及び別記様式第二
二十七　身体障害者補助犬法施行規則（平成十四年厚生労働省令第百二十七号）様式第四号（裏面）
二十八　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成十八年厚生労働省令第十九号）別表第三号から別表第九号まで
二十九　介護給付費等の請求に関する省令（平成十八年厚生労働省令第百七十号）様式第一から様式第六まで
三十　障害児通所給付費等の請求に関する省令（平成十八年厚生労働省令第百七十九号）様式第一から様式第四まで
三十一　高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第百二十九号）様式第六号（裏面）、様式第七号（裏面）、様式第八号（裏面）、様式第九号（裏面）、様式第十号（裏面）及び様式第十一号（裏面）
三十二　厚生年金保険の保険給付及び保険料の納付の特例等に関する法律施行規則（平成十九年厚生労働省令第百五十一号）様式第一号、様式第二号及び様式第四号から様式第六号まで
三十三　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第百二十一号）様式第一号及び第二号
三十四　社会福祉法人会計基準（平成二十八年厚生労働省令第七十九号）第一号第一様式から第三号第四様式まで

第八条　次に掲げる省令の規定中「平成」を「令和」に改める。

一　墓地、埋葬等に関する法律施行規則（昭和二十三年厚生省令第二十四号）別記様式第一号から別記様式第七号まで
二　クリーニング業法施行規則（昭和二十五年厚生省令第三十五号）別記様式
三　狂犬病予防法施行規則（昭和二十五年厚生省令第五十二号）別記様式第一
四　検疫法施行規則（昭和二十六年厚生省令第五十三号）様式第十五（ホ）（表面）
五　日本赤十字社法施行規則（昭和二十七年厚生省令第四十三号）別記様式（表面）
六　社会保険審査官及び社会保険審査会法施行規則（昭和二十八年厚生省令第四十二号）別記様式
七　と畜場法施行規則（昭和二十八年厚生省令第四十四号）様式第二号
八　労働保険審査官及び労働保険審査会法施行規則（昭和三十一年労働省令第十七号）様式第一号から様式第十三号まで
九　未帰還者に関する特別措置法施行規則（昭和三十四年厚生省令第五号）様式第一及び様式第二
十　老人福祉法施行規則（昭和三十八年厚生省令第二十八号）別記様式第一（表面）、別記様式第二の二（表面）及び別記様式第二の三（表面）
十一　厚生労働省関係構造改革特別区域法施行規則（平成十五年厚生労働省令第八十六号）別記様式第一号及び第二号
十二　健康増進法施行規則（平成十五年厚生労働省令第八十六号）別記様式（表面）

（福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則の一部改正）

第六十七条　福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則（平成五年厚生省令第四十三号）の一部を次のように改正する。

別記様式第一及び別記様式第二中「平成」を「令和」に改める。

別記様式第三（表面）中「平成」を「令和」に改める。

様式第五号（第十二条関係）

救命救急士国家試験受験願書

収入印紙（消印しないこと。）

ふりがな 氏　名			性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年　月　日	本籍（国籍）	（都道府県）	受験希望地	
現住所	都道府県　　市郡区 （郵便番号　　―　　）　電話番号　　（　　）					
養成施設名						
最終学歴						

受験資格（該当項目に○印をつけること。）	資格該当項目			添付書類
	法第34条	第１号該当		・修業証明書又は卒業証明書
		第２号該当		
		第３号該当		・卒業証明書 ・指定科目履修証明書
		第４号該当		・修業証明書又は卒業証明書 ・第14条で定める講習の課程を修了し、第15条で定める期間以上救急業務に従事した者である旨を証する書類
		第５号該当		・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類
	法附則第２条該当			・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類
連絡先	電話番号　　（　　）　　（内線）			

上記により、救命救急士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣
指定試験機関代表者　　殿

氏　名　　印

備考　1　※印欄には、記入しないこと。
2　該当する不動文字を○で囲むこと。
3　黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
4　指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
5　修業証明書又は卒業証明書・指定科目履修証明書・第14条で定める講習の課程を修了し、第15条で定める期間以上救急業務に従事した者である旨を証する書類は、それぞれ学校、養成所、勤務先（所属長等）の発行に係るものであること。
6　氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
7　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正）

第七十四条　介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令（平成十二年厚生省令第二十号）の一部を次のように改正する。

様式第一及び様式第一の二中「担当」を「令苔」に改める。

様式第五号（第十二条関係）

収入印紙（消印しないこと。）

言語聴覚士国家試験受験願書

ふりがな 氏名			性別	男 女	受験番号	※
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年　月　日	本籍（国籍）	都道府県	受験希望地	
現住所	都道府県　　市郡区 （郵便番号　　－　　）　電話番号　　（　　）					
養成施設名						
最終学歴	学部（学科）　　年卒業（見込）					

受験資格（該当項目に○印をつけること。）	資格該当項目			添付書類
	養成施設卒業者（一般・短期）	法第33条第１号		・養成施設修業（卒業）証明書
		法第33条第２号		
		法第33条第３号		
		法第33条第５号		
		法附則第２条		・養成施設修業（卒業）証明書 ・平成10年９月１日現在、養成施設において修業中であったことを証する書類
	指定科目履修者	法第33条第４号		・大学等卒業証明書 ・指定科目履修証明書
	外国養成施設卒業者	法第33条第６号		・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類
	実務経験者	法附則第３条		・履歴書 ・指定講習会修了証明書 ・実務経験等を証する書類
連絡先	電話番号　　（　　）　　（内線　　）			

上記により、言語聴覚士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和　　年　　月　　日

厚生労働大臣
指定試験機関代表者　　殿

氏　　名　　印

備考　1　※印欄には、記入しないこと。
2　該当する不動文字を○で囲むこと。
3　黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
4　指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
5　修業（卒業）証明書・指定科目履修証明書・実務経験等を証する書類については、それぞれ学校・養成施設・勤務先の長（所属長等）の発行に係るものであること。
6　法附則第２条に該当する者のうち、平成10年９月１日現在、現に養成施設の課程を終えている者にあっては、受験資格を証する添付書類は、養成施設修業（卒業）証明書のみでよいこと。
7　記名押印に代えて、署名することができる。
8　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

様式第二から様式第九の二までを次のように改める。

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和			年		月分
保険者番号					

被保険者		
	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日　性別　1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画		
	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成	
	事業所番号	事業所名称

開始年月日	1. 平成 2. 令和　年　月　日	中止年月日	令和　年　月　日
中止理由	1. 非該当　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院　9. 介護医療院入所		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

給付費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称							
③サービス実日数	日	日	日	日			
④計画単位数							
⑤限度額管理対象単位数							
⑥限度額管理対象外単位数							給付率（／100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥							保険
⑧公費分単位数							公費
⑨単位数単価	▲ 円／単位	▲ 円／単位	▲ 円／単位	▲ 円／単位			合計
⑩保険請求額							
⑪利用者負担額							
⑫公費請求額							
⑬公費分本人負担							

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
▲　%				

枚中　枚目

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年		月分

保険者番号	

被保険者		
被保険者番号		
（フリガナ） 氏名		
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別　1. 男　2. 女
要支援状態区分	要支援1・要支援2	
認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から	
	令和　年　月　日　まで	

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　－	
連絡先	電話番号	

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成		
	事業所番号		事業所名称

開始年月日	1. 平成 2. 令和　年　月　日	中止年月日	令和　年　月　日
中止理由	1. 非該当　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院　9. 介護医療院入所		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

給付費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称							
③サービス実日数	日	日	日	日			
④計画単位数							
⑤限度額管理対象単位数							
⑥限度額管理対象外単位数							給付率（／100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥							保険
⑧公費分単位数							公費
⑨単位数単価	円／単位	円／単位	円／単位	円／単位			合計
⑩保険請求額							
⑪利用者負担額							
⑫公費請求額							
⑬公費分本人負担							

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

	枚中		枚目

様式第二の三(附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和			年		月分
保険者番号					

被保険者		
被保険者番号		
(フリガナ) 氏名		
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別　1. 男　2. 女
要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2	
認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から	
	令和　年　月　日　まで	

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画			
	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	令和　年　月　日	中止年月日	令和　年　月　日

事業費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

事業費明細欄(住所地特例対象者)

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称					
③サービス実日数	日	日	日	日	
④計画単位数					
⑤限度額管理対象単位数					
⑥限度額管理対象外単位数					給付率(／100)
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)＋⑥					事業
⑧公費分単位数					公費
⑨単位数単価	▲ 円／単位	▲ 円／単位	▲ 円／単位	▲ 円／単位	合計
⑩事業費請求額					
⑪利用者負担額					
⑫公費請求額					
⑬公費分本人負担					

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
▲　%				

	枚中		枚目

様式第三（別則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（短期入所生活介護）

公費負担者番号		令和　年　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日　性別　1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	令和	年	月	日			
退所年月日	令和	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	▲　円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率　▲　%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考	
	21　短期入所生活介護					

	枚中		枚目

様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防短期入所生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	年		月分
保険者番号			

被保険者		
被保険者番号		
（フリガナ）		
氏名		
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和　年　月　日	性別　1. 男 2. 女
要支援状態区分	要支援1・要支援2	
認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日 から	
	令和　年　月　日 まで	

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	
	2. 被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	令和	年	月	日			
退所年月日	令和	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

特定入所者介護予防サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
24	介護予防短期入所生活介護					

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。

様式第四（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（介護老人保健施設における短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	年	月分	
保険者番号			

被保険者		
被保険者番号		
（フリガナ） 氏名		
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別　1. 男　2. 女
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5	
認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

居宅サービス計画	
	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	令和	年	月	日			
退所年月日	令和	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和　年　月　日 ②令和　年　月　日 ③令和　年　月　日		
緊急時治療管理（再掲）		単位		単位×	日
特定治療 リハビリテーション		点	摘要		
処置		点			
手術		点			
麻酔		点			
放射線治療		点			
合計		点			

往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

特別療養費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円／単位		10円／点・単位	10円／点・単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第四の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書

（介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号		令和　年　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者			請求事業者	
被保険者番号			事業所番号	
（フリガナ） 氏名			事業所名称	
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別 1. 男　2. 女	所在地	〒　－
要支援状態区分	要支援1・要支援2			
認定有効期間	1. 平成　2. 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで		連絡先	電話番号

介護予防サービス計画				
	2. 被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成		入所年月日	令和　年　月　日
	事業所番号		退所年月日	令和　年　月　日
	事業所名称		短期入所　実日数	

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③		緊急時治療開始年月日	①令和　年　月　日 ②令和　年　月　日 ③令和　年　月　日
緊急時治療管理（再掲）		単位	単位×	日
特定治療 リハビリテーション		点	摘要	
処置		点		
手術		点		
麻酔		点		
放射線治療		点		
合計		点		
往診日数	医療機関名		通院日数	医療機関名

特別療養費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円／単位		10円／点・単位	10円／点・単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第四の三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（介護医療院における短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	年	月分		
保険者番号				

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から
		令和　年　月　日まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	令和	年	月	日	
退所年月日	令和	年	月	日	
短期入所　実日数					

基本摘要	摘要種類	内容

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設診療費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和　年　月　日 ②令和　年　月　日 ③令和　年　月　日	
緊急時治療管理（再掲）		単位	単位×	日
特定治療	リハビリテーション	点	摘要	
	処置	点		
	手術	点		
	麻酔	点		
	放射線治療	点		
	合計	点		

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名

特別診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円／単位		10円／点・単位	10円／点・単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
特定入所者									
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第四の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護医療院における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号		令和　年　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者			請求事業者	
被保険者番号			事業所番号	
（フリガナ） 氏名			事業所名称	
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別 1. 男　2. 女	所在地	〒　－
要支援状態区分	要支援1・要支援2			
認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から		連絡先	電話番号
	令和　年　月　日まで			

介護予防サービス計画			
	2. 被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成	入所年月日	令和　年　月　日
	事業所番号	退所年月日	令和　年　月　日
	事業所名称	短期入所　実日数	

基本摘要	摘要種類	内容

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設診療費					
緊急時傷病名	① ② ③		緊急時治療開始年月日	①令和　年　月　日 ②令和　年　月　日 ③令和　年　月　日	
緊急時治療管理（再掲）		単位	単位×	日	
特定治療	リハビリテーション	点	摘要		
	処置	点			
	手術	点			
	麻酔	点			
	放射線治療	点			
	合計	点			
往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

特別診療費								
傷病名								
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要	
合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価	円／単位		10円／点・単位	10円／点・単位
	⑥給付率	／100	／100	／100	／100
	⑦請求額（円）				
	⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第五（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（病院・診療所における短期入所療養介護）

公費負担者番号		令和　年　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	令和　年　月　日	
退所年月日	令和　年　月　日	
短期入所　実日数		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10円／単位	10円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第五の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（病院・診療所における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	年		月分
保険者番号			

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ）	
	氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日　性別　1. 男　2. 女
	要支援状態区分	要支援1・要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	令和	年		月		日
退所年月日	令和	年		月		日
短期入所　実日数						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名								
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10円／単位	10円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。

様式第六（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和			年		月分
保険者番号					

被保険者		
	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から
		令和　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入居年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日	退居年月日	令和		年		月		日	入居実日数			外泊日数				
入居前の状況	1. 居宅　2. 医療機関　3. 介護老人福祉施設　4. 介護老人保健施設　5. 介護療養型医療施設　6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護　8. その他　9. 介護医療院																						
退居後の状況	1. 居宅　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率	／100	／100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年			月分
保険者番号					

被保険者		
被保険者番号		
（フリガナ）		
氏名		
生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	性別　1．男　2．女
要支援状態区分	要支援2	
認定有効期間	1．平成 2．令和　年　月　日から	
	令和　年　月　日まで	

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

入居年月日	1．平成 2．令和	年	月	日	退居年月日	令和	年	月	日	入居実日数		外泊日数									
入居前の状況	1．居宅　2．医療機関　3．介護老人福祉施設　4．介護老人保健施設　5．介護療養型医療施設　6．認知症対応型共同生活介護　7．特定施設入居者生活介護　8．その他　9．介護医療院																				
退居後の状況	1．居宅　3．医療機関入院　4．死亡　5．その他　6．介護老人福祉施設入所　7．介護老人保健施設入所　8．介護療養型医療施設入院　9．介護医療院入所																				

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率	／100	／100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

様式第六の三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
（特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年			月分
保険者番号					

被保険者		
	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から
		令和　年　月　日　まで

請求事業者		
	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入居年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	退居年月日	令和	年	月	日	入居実日数		外泊日数		
入居前の状況	1. 居宅　2. 医療機関　3. 介護老人福祉施設　4. 介護老人保健施設　5. 介護療養型医療施設　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 特定施設入居者生活介護　8. その他　9. 介護医療院													
退居後の状況	1. 居宅　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院　9. 介護医療院入所													

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①外部利用型給付上限単位数		
②外部利用型上限管理対象単位数		
③外部利用型外給付単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防特定施設入居者生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	年	月分	
保険者番号			

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要支援状態区分	要支援1・要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から
		令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒
	連絡先	電話番号

入居年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	退居年月日	令和	年	月	日	入居実日数		外泊日数		
入居前の状況	1. 居宅　2. 医療機関　3. 介護老人福祉施設　4. 介護老人保健施設　5. 介護療養型医療施設　6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護　8. その他　9. 介護医療院													
退居後の状況	1. 居宅　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所													

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③外部利用型外給付単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円／単位	
	⑥給付率	／100	／100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
（認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号		令和　　年　　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入居年月日	令和　年　月　日	
退居年月日	令和　年　月　日	
短期利用　実日数		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	▲　円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

枚中　　枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の六(附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年		月分
保険者番号				

被保険者	被保険者番号	
	(フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和　年　月　日　性別　1. 男 2. 女
	要支援状態区分	要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成　3. 介護予防支援事業者作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入居年月日	令和		年		月			日
退居年月日	令和		年		月			日
短期利用　実日数								

費明	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円／単位	
	⑥給付率	／100	／100
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の七（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
（特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用））

公費負担者番号		令和　年　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒
	連絡先	電話番号

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成　2. 被保険者自己作成	
	事業所番号	
	事業所名称	

入居年月日	令和　年　月　日	
退居年月日	令和　年　月　日	
短期利用　実日数		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円／単位	
⑥給付率	／100	／100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

	枚中		枚目

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

令和	年	月分	
公費負担者番号		保険者番号	

居宅介護支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－
	事業所名称		連絡先	電話番号
			単位数単価	（円／単位）

項番	被保険者	被保険者番号		（フリガナ） 氏名			性別	1. 男　2. 女										
		公費受給者番号																
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から							
							令和	年	月	日	まで							
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日										
	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計										
								請求額合計										

項番	被保険者	被保険者番号		（フリガナ） 氏名			性別	1. 男　2. 女										
		公費受給者番号																
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から							
							令和	年	月	日	まで							
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日										
	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計										
								請求額合計										

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

令和		年		月分

公費負担者番号		保険者番号	

介護予防支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－
	事業所名称		連絡先	電話番号
			単位数単価	（円／単位）

項番	被保険者	被保険者番号		（フリガナ）氏名		性別	1. 男　2. 女		
		公費受給者番号							
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	要介護状態区分	要支援1・要支援2	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から	令和　年　月　日まで	
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和　年　月　日				

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
						請求額合計

項番	被保険者	被保険者番号		（フリガナ）氏名		性別	1. 男　2. 女		
		公費受給者番号							
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	要介護状態区分	要支援1・要支援2	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から	令和　年　月　日まで	
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和　年　月　日				

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
						請求額合計

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

（介護予防ケアマネジメント費）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和	年	月分	
保険者番号			

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要支援状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から
		令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

事業費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

事業費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

区分	事業分	公費分
①サービス単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率		／100
④事業費請求額（円）		

	枚中		枚目

様式第八（附則第二条関係）

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書

（介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

公費負担者番号								
公費受給者番号								

令和			年			月分
保険者番号						

被保険者		
被保険者番号		
（フリガナ） 氏名		
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	性別　1. 男　2. 女
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5	旧措置入所者特例　1. 無　2. 有
認定有効期間	1. 平成　2. 令和　年　月　日　から	
	令和　年　月　日　まで	

請求事業者		
事業所番号		
事業所名称		
所在地	〒　－	
連絡先	電話番号	

入所年月日	1. 平成　2. 令和			年			月			日	退所年月日	令和			年			月			日	入所実日数			外泊日数		
入所前の状況	1. 居宅　2. 医療機関　3. 介護老人福祉施設　4. 介護老人保健施設　5. 介護療養型医療施設　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 特定施設入居者生活介護　8. その他　9. 介護医療院																								
退所後の状況	1. 居宅　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院　9. 介護医療院入所																								

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	▲　円／単位	
③給付率	／100	／100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率　▲　%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
51	介護福祉施設サービス				
54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				

	枚中		枚目

様式第九（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護保健施設サービス）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和			年		月分
保険者番号					

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から 令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入所年月日	1. 平成 2. 令和　年　月　日	退所年月日	令和　年　月　日	入所実日数	外泊日数
主傷病		入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院		
退所後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

所定疾患施設療養費等							
所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③	所定疾患施設療養開始年月日	①令和　年　月　日 ②令和　年　月　日 ③令和　年　月　日			
	単位（再掲）	単位	単位×	日			
緊急時治療管理	傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和　年　月　日 ②令和　年　月　日 ③令和　年　月　日			
	単位（再掲）	単位	単位×	日			
特定治療	リハビリテーション	点	摘要				
	処置	点					
	手術	点					
	麻酔	点					
	放射線治療	点					
	合計	点					
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	

特別療養費								
傷病名								
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要	
合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円／単位		10円／点・単位	10円／点・単位
	③給付率	／100	／100	／100	／100
	④請求額（円）				
	⑤利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第九の二（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護医療院サービス）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号	
	（フリガナ） 氏名	
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日　から
		令和　年　月　日　まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒　－
	連絡先	電話番号

入所年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日	退所年月日	令和		年		月		日	入所実日数		外泊日数					

主傷病		入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院
退所後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所		

基本摘要	摘要種類	内容

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設診療費	緊急時傷病名	① ② ③			緊急時治療開始年月日	①令和 ②令和 ③令和	年 年 年	月 月 月	日 日 日				
	緊急時治療管理（再掲）		単位		単位×		日						
	特定治療	リハビリテーション		点	摘要								
		処置		点									
		手術		点									
		麻酔		点									
		放射線治療		点									
		合計		点									

往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

特別診療費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
		合計						

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円／単位		10円／点・単位	10円／点・単位
	③給付率	／100	／100	／100	／100
	④請求額（円）				
	⑤利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第十一を次のように改める。

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和　年　月分）

保険者番号	保険者名

被保険者番号	被保険者氏名
	フリガナ：

生年月日	性別	要支援・要介護状態区分等
明・大・昭　年　月　日	男・女	事業対象者　要支援1・2 要介護1・2・3・4・5

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業支給限度基準額	限度額適用期間		
単位／月	1. 平成 2. 令和　年　月	～	令和　年　月

作成区分		
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
居宅介護／介護予防支援事業所番号		
担当介護支援専門員番号		
居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名		
支援事業者の事業所所在地及び連絡先		
委託した場合	委託先の支援事業所番号	
	介護支援専門員番号	

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業

サービス事業者の事業所名	事業所番号（県番号―事業所番号）	指定／基準該当／地域密着型サービス／総合事業識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
			合計		

（健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正）

第七十五条　健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を次のように改正する。

様式第十を次のように改める。

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護療養施設サービス）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和　年　月分	
保険者番号	

被保険者		
被保険者番号		
（フリガナ）		
氏名		
生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別　1. 男　2. 女
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5	
認定有効期間	1. 平成 2. 令和　年　月　日から	
	令和　年　月　日まで	

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

入院年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	退院年月日	令和	年	月	日	入院実日数		外泊日数					

主傷病	
入院前の状況	1. 居宅　2. 医療機関　3. 介護老人福祉施設　4. 介護老人保健施設　5. 介護療養型医療施設　6. 認知症対応型共同生活介護　7. 特定施設入居者生活介護　8. その他　9. 介護医療院
退院後の状況	1. 居宅　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他　6. 介護老人福祉施設入所　7. 介護老人保健施設入所　8. 介護療養型医療施設入院　9. 介護医療院入所

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	備考
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①単位数合計				
②単位数単価	円／単位		10円／単位	10円／単位
③給付率	／100	／100	／100	／100
④請求額（円）				
⑤利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価（円）	負担限度額	日数	費用額（円）	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額（円）		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目

様式第三号（表面）、様式第四号、様式第五号及び様式第七号から様式第九号までの様式中「年金」を「年金」に改める。

附　則

（施行期日）

第一条　この省令は、公布の日から施行する。

（経過措置）

第二条　この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。

２　旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

様式第二号（第三十二条第二項第三号及び第四十七条第二項第三号関係）

障害
遺族　年金生活者支援給付金　所得状況届

日本年金機構理事長　殿

令和　　年度　　令和　　年　　月　　日提出

請求者	個人番号（または基礎年金番号） 年金コード	
	氏　名	㊞
	生　年　月　日	明治・大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日
	住　所	
	控除対象配偶者および扶養親族の合計数	人 （うち老人控除対象配偶者および老人扶養親族の合計数　　人） （うち特定扶養親族の数　　人） （うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数　　人）
	同一生計配偶者（控除対象配偶者を除く。）の有無	有（70歳以上・70歳未満）　・　無
	前年所得合計額	円
	控除　雑　損	円
	控除　医　療　費	円
	控除　社会保険料	円
	控除　小規模企業共済等掛金	円
	控除　配偶者特別	円
	控除　障害者（特別障害者を除く。）である控除対象配偶者、扶養親族および同一生計配偶者の合計数	人
	控除　特別障害者である控除対象配偶者、扶養親族および同一生計配偶者の合計数	人
	控除　障害者・特別障害者・寡婦（寡夫）・寡婦の特例・勤労学生の別	障　・　特障　・　寡　・　寡特　・　勤
	控除　地方税法附則第６条第１項の免除に係る所得額	円
	※控除後の所得額	円
その他		
※審査		

※　上記のとおり、相違ありません。

令和　　年　　月　　日　　市町村長　　㊞

◎　※印の欄は、記入しないでください。

備　考　１．用紙の寸法は、日本工業規格Ａ列４番とする。
２．必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。

○厚生労働省告示第二号

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和四十七年法律第百十三号）第十三条第二項及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣　根本　匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示

（国立感染症研究所試験検査依頼規程等の一部改正）

第一条　次に掲げる告示の規定中「平成」を「令和」に改める。

一　国立感染症研究所試験検査依頼規程（昭和三十五年厚生省告示第八十二号）別記様式

二　国立感染症研究所製品交付規程（昭和三十五年厚生省告示第八十三号）別記様式

三　妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができるようにするために事業主が講ずべき措置に関する指針（平成九年労働省告示第百五号）別記様式

四　厚生労働大臣が定める大量の雇用変動の通知の様式を定める件（平成十三年厚生労働省告示第三百七号）様式（表面）

五　介護保険法施行規則第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成二十七年厚生労働省告示第百九十七号）様式第一

（社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七条の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七条の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正）

第十五条　社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七条の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七条の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準（平成二十三年厚生労働省告示第四百一四号）の一部を次のように改正する。

別記様式を次のように改める。

別記様式

実務者研修教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏　名			
住　所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則（昭和62年厚生省令第50号）第7条の2第1号ホ又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則（平成20年文部科学省厚生労働省令第2号）第7条の2第1号ホに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科　目　名	時　間　数
合　　計	

令和　　年　　月　　日

所　在　地

法人・機関名

法人・機関代表者名　　印

附　則

（適用期日）

第一条　この告示は、告示の日から適用する。

（経過措置）

第二条　この告示による改正前のそれぞれの告示で定める様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この告示による改正後のそれぞれの告示で定める様式によるものとみなす。

2　旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。